

# Encuesta de Salud



**MVP Health Care® quiere mantenerlo sano.** La información que nos brinde en esta encuesta se utilizará solamente para evaluar la condición de su salud en general y para determinar si una de sus enfermeras o manejadores de caso pueda asistirle con sus necesidades de cuidado de salud. Si prefiere completar esta encuesta por teléfono, por favor llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220). Sus respuestas serán confidenciales y no se usarán para determinar su elegibilidad para el seguro de salud.

Por favor complete la encuesta para cada miembro de su familia que haya sido inscrito(a) en el programa de Medicaid.

## Sección 1: Información del Afiliado de MVP (por favor escriba)

Nombre del Afiliado		Número de ID del Afiliado
Fecha de Nacimiento	Número Telefónico en Casa	Número Telefónico Alternativo

## Sección 2: Preguntas de Salud—estas preguntas corresponden a usted únicamente.

- ¿Cuál es el idioma principal en su casa?  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_  
Si el inglés no es su idioma principal ¿hay alguien que le pueda interpretar?  Sí  No  
Si respondió **Sí**, ¿quién es esa persona? \_\_\_\_\_
- ¿Quién es su Proveedor de Cuidado Primario? \_\_\_\_\_
- ¿Se ha hecho un examen físico recientemente?  Sí  No  
Si respondió **Sí**, cuéntenos de cualquier problema de salud que haya sido identificado y para el cual le podríamos ayudar.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Si no se ha hecho un examen físico recientemente ¿necesita ayuda con alguno de los siguientes para hacer una cita?  
 Transporte  Un nuevo proveedor de cuidado de salud  Otro: \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando algún medicamento en este momento?  Sí (listar abajo)  No  
Medicamentos Recetados por un Proveedor \_\_\_\_\_ Hierbas/Medicamentos Sin Receta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Está recibiendo alguno de los siguientes servicios a largo plazo?  
 Cuidado domiciliario por una enfermera  Cuidado personal  CDPAS  Enfermería privada  
 Cuidado diario para adultos  Otro: \_\_\_\_\_
- ¿Fuma?  Sí  No De responder **Sí**, ¿desea ayuda para dejar de fumar?  Sí  No
- ¿Tiene la hepatitis C?  Sí  No

9. Por favor marque cada condición médica o problema médico permanente para el cual está recibiendo tratamiento.

**Si indicó algún problema**, ¿ha recibido atención en la sala de emergencia o ha sido internado en el hospital dentro del último año por esta condición?

<input type="checkbox"/> Embarazo (embarazada ahora)	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Emfisema o COPD	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio (TIA)	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Cáncer (indique la parte del cuerpo afectada)	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Depresión-tristeza, ansiedad o ataques de pánico que duran más de dos semanas	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Problemas con drogas o alcohol	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Problemas de colesterol elevado	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre tal como la anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Otro, por favor explique:	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?

10. Por favor cuéntenos de cualquier otro problema o déjenos saber de alguna pregunta con la que necesite ayuda.

---



---



---



---

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220). Gracias por tomarse un momento para completar esta Encuesta sobre su Salud. Esperamos poderle asistir a usted y a su familia con sus necesidades de cuidado de salud. Por favor devuelva su Encuesta de Salud completa a: **ATTN: MEDICAID DEPARTMENT, MVP HEALTH CARE, 625 STATE ST, SCHENECTADY NY 12305-2111.**